

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN
HEALTH STATEMENT FORM

Nama: <i>Name:</i>	
KTP <i>ID Card:</i>	
Alamat: <i>Address:</i>	
Nomor HP: <i>Mobile Number:</i>	

Mohon centang [✓] di dalam kotak.

Please tick in the box.

1. Apakah Saudara melakukan perjalanan dan/atau transit baik dalam negeri dan/atau luar negeri dalam 14 hari terakhir?

Have you been traveling and/or transiting either domestic and/or overseas within the last 14 days?

<input type="checkbox"/>	Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/>	Tidak <i>No</i>
--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------

2. Apakah terdapat anggota keluarga/pihak dalam satu rumah tinggal Saudara yang melakukan perjalanan dan/atau transit baik dalam negeri dan/atau luar negeri dalam 14 hari terakhir?

Is there any family member/person in the same home who has traveled and/or transit either domestic and/or overseas within the last 14 days?

<input type="checkbox"/>	Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/>	Tidak <i>No</i>
--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------

3. Apakah Saudara pernah bertemu atau melakukan kontak langsung dengan pasien Covid-19 dalam 14 hari terakhir?

Have you met or made direct contact with Covid-19 patient within the last 14 days?

<input type="checkbox"/>	Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/>	Tidak <i>No</i>
--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------

4. Apakah Saudara mengalami gejala di bawah ini?

Are you currently experiencing symptoms below?

<input type="checkbox"/>	Demam/suhu tubuh di atas 37,5°C <i>Fever/body temperature above 37.5°C</i>	<input type="checkbox"/>	Batuk <i>Cough</i>
<input type="checkbox"/>	Sesak napas <i>Shortness of breath</i>	<input type="checkbox"/>	Sakit kepala <i>Headache</i>
<input type="checkbox"/>	Mudah lelah dan lemas <i>Easily tired and weak</i>	<input type="checkbox"/>	Diare <i>Diarrhea</i>

Catatan:

Apabila salah satu jawaban No. 1, 2, dan 3 adalah "Ya", dan Saudara mengalami salah satu gejala tersebut dalam No. 4, maka Saudara tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan dan mengikuti jalannya Rapat.

Note:

If one of the answers for No, 1, 2, and 3 is "Yes", and you are currently experiencing one of the symptoms stated in No. 4, you will not be permitted to enter the venue of and attend the Meeting.